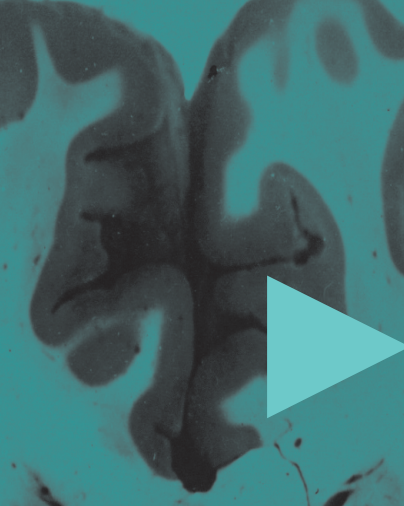




MONOGRAPHIE

Les sujets âgés victimes d'un accident vasculaire cérébral doivent bénéficier des mêmes soins que les plus jeunes !

Jean-Louis Mas*

En dépit des progrès importants de la neurologie vasculaire intervenus depuis 40 ans, tant au plan diagnostique que thérapeutique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) demeurent un véritable fléau, aussi bien à l'échelon individuel qu'en termes de santé publique. Chaque jour en France, 360 personnes en sont victimes. À travers le monde, ce sont 16 millions de nouveaux cas qui sont observés chaque année, responsables de 5,7 millions de décès. Les AVC constituent la première cause de handicap physique de l'adulte, la deuxième cause de décès, la deuxième cause de démence, et une cause fréquente de dépression chez les patients et dans leur entourage. Compte tenu de leur fréquence et de leur gravité, les AVC font partie des maladies les plus coûteuses qui soient.

Des prévisions épidémiologiques inquiétantes

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les prévisions vont dans le sens d'une augmentation du nombre d'AVC dans les années à venir. Il a été estimé, à partir des données de l'Organisation mondiale de la santé, que le nombre d'AVC incidents dans le monde passerait, en l'absence d'intervention, de 16 à 23 millions entre 2005 et 2030 et que la mortalité due aux AVC augmenterait de 5,7 à 7,8 millions. Une des raisons de cette

* Service de neurologie et unité neurovasculaire, centre hospitalier Sainte-Anne, 75674 Paris Cedex 14, France.
Université Paris-Descartes, centre de psychiatrie et neurosciences Inserm UMR 894, Paris, France.
JL.MAS@ch-sainte-anne.fr

épidémie annoncée est le vieillissement des populations. Cette augmentation de l'espérance de vie dont on ne peut que se réjouir s'accompagne d'une augmentation des maladies associées au vieillissement, en particulier des maladies cérébrovasculaires. En effet, l'incidence des AVC double pour chaque décennie après l'âge de 55 ans ; 75 % des patients ont plus de 65 ans, et 50 % plus de 75 ans. Le Registre de Dijon des AVC a aussi montré que l'âge d'apparition d'un AVC a reculé au cours des 20 dernières années, de 5 ans chez l'homme et de 8 ans chez la femme, alors que les taux d'incidence n'ont pas varié dans cette période. Bien que la mortalité précoce des patients victimes d'AVC ait diminué, le pronostic des AVC du sujet âgé est sévère, aussi bien en termes de mortalité que de pronostic fonctionnel et cognitif. Les comorbidités, un handicap physique ou une détérioration cognitive précédant l'AVC, ainsi que l'isolement familial et social sont autant de facteurs aggravant le pronostic.

Une répartition différente des causes d'AVC

La répartition des principales causes d'AVC varie selon l'âge des patients. Concernant les infarctus cérébraux, l'athérosclérose des artères à distribution cérébrale est la première cause en fréquence (environ 25 % des cas) entre 45 et 70 ans devant les causes cardio-emboliques et les maladies des petites artères. Chez le sujet plus âgé, la fréquence des infarctus liés à l'athérosclérose diminue au profit de celle des infarctus liés aux maladies des petites artères et aux cardiopathies emboligènes, en particulier la fibrillation atriale. Les causes associées (p. ex. sténose carotidienne et fibrillation atriale) sont plus fréquentes chez les sujets âgés, qui doivent donc bénéficier comme les sujets plus jeunes d'un bilan étiologique complet. Les deux principales causes d'hémorragie cérébrale du sujet âgé sont la lipohyalinose des artères perforantes intracérébrales, favorisée par l'hypertension artérielle, et responsable le plus souvent d'hémorragies cérébrales profondes, et l'angiopathie amyloïde cérébrale AB, en général sporadique, parfois associée à une maladie d'Alzheimer, responsable d'hémorragies cérébrales lobaires, récidivantes, et d'une leucopathie avec micro-saignements. Les traitements antithrombotiques par anticoagulants ou antiplaquettaires et les associations d'antithrombotiques augmentent le risque d'hémorragie cérébrale, mais sont à considérer comme des facteurs précipitants et non comme des causes.

Unité neurovasculaire et thrombolyse pour le sujet âgé aussi

L'admission dans une unité neurovasculaire (UNV) s'accompagne d'une réduction d'environ 20 % du risque de décès ou de handicap. Ce bénéfice est observé quel que soit l'âge des patients. Idéalement, tous les patients victimes d'AVC quel que soit leur âge devraient donc être accueillis en UNV, ce qui est loin d'être le cas. Concernant la thrombolyse, les sujets âgés ont été exclus (ou faiblement représentés) dans les essais randomisés qui ont démontré l'efficacité de ce traitement. En conséquence, l'administration de l'activateur tissulaire du plasminogène n'est pas recommandée après 80 ans par l'Agence européenne des médicaments. Des études récentes portant sur de grands nombres de patients âgés de 80 ans ou plus montrent que le critère d'âge seul ne doit pas constituer une contre-indication à la fibrinolyse. Les sujets âgés doivent donc pouvoir bénéficier d'un accès rapide à l'imagerie et aux unités neurovasculaires pour bénéficier de ce traitement.

Chirurgie carotide chez le sujet âgé

La chirurgie des sténoses carotides, dont la prévalence atteint 10 % après 80 ans, se pose en termes différents selon que la sténose carotidienne a été ou non récemment symptomatique. Chez les patients ayant une sténose asymptomatique supérieure à 60 %, la chirurgie carotide diminue de moitié le risque d'infarctus cérébral ipsilatéral. Le bénéfice de cette chi-

J.-L. Mas déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour les entreprises Astra-Zeneca, Daiichi-Sankyo, Bayer, Boehringer-Ingelheim, BMS, Pfizer, Sanofi-Aventis et avoir été pris en charge à l'occasion de déplacement pour congrès par Bayer, Boehringer-Ingelheim.

urgie chez les patients âgés n'est pas connu car ces patients étaient exclus ou peu représentés dans les essais thérapeutiques. Au-delà de cette incertitude, le bénéfice de la revascularisation des sténoses carotidiennes asymptomatiques est controversé car le risque d'infarctus cérébral ipsilatéral en l'absence de chirurgie est plus faible aujourd'hui qu'il ne l'était au temps des essais thérapeutiques, du fait des progrès du traitement médical (statines en particulier). Cette incertitude a conduit à la mise en place de nouvelles études comparant la revascularisation au traitement médical optimal. En attendant les résultats de ces essais, les indications de revascularisation sont à discuter au cas par cas. Compte tenu du faible bénéfice absolu de cette chirurgie, l'âge en tant que facteur de risque opératoire et l'espérance de vie sont des facteurs fondamentaux à prendre en compte dans la décision. Le bénéfice de la chirurgie carotidienne est en revanche bien établi et important chez les patients ayant une sténose carotidienne de 70 % ou plus (selon l'étude NASCET) récemment symptomatique. Dans les essais thérapeutiques, les patients âgés de plus de 75 ans bénéficiaient davantage de la chirurgie que les patients plus jeunes. Le risque d'AVC ou de décès périopératoire n'était pas plus élevé après qu'avant 75 ans, mais les patients inclus dans ces essais n'étaient peut-être pas représentatifs des patients traités hors des essais. Pour les sténoses modérées (50 à 69 % [selon l'étude NASCET]), la décision chirurgicale est plus difficile à prendre car le risque d'infarctus ipsilatéral chez les patients non opérés est moins important. La chirurgie est particulièrement indiquée chez l'homme âgé de plus de 75 ans. La chirurgie carotidienne reste la méthode de choix. Elle doit être réalisée idéalement dans les deux semaines suivant l'événement. Le *stenting* doit être évité chez les patients âgés de 70 ans ou plus en raison de son risque plus élevé d'AVC périopératoire comparativement à la chirurgie.

Fibrillation atriale: une cible privilégiée de prévention des AVC

La fibrillation atriale est à la fois une affection fréquente touchant près de 10 % des sujets âgés de plus de 80 ans et un puissant facteur de risque d'infarctus cérébral. Environ 15 % des infarctus cérébraux sont associés à une fibrillation atriale, et cette proportion est d'autant plus importante que le patient est âgé. Les infarctus survenant chez les patients atteints de fibrillation atriale ont un pronostic particulièrement sévère, avec un taux de mortalité à la phase aiguë d'un AVC doublé et des séquelles neurologiques plus lourdes, comparativement aux patients sans fibrillation. Le risque d'infarctus cérébral chez les patients en fibrillation atriale varie en fonction de facteurs de risque indépendants dont les plus importants sont un âge supérieur à 75 ans et des antécédents d'accident ischémique transitoire ou d'AVC. Les antagonistes de la vitamine K (AVK) sont très efficaces pour prévenir les complications emboliques de la fibrillation, mais ce traitement est largement sous-utilisé, en particulier chez le sujet âgé, chez qui il est pourtant aussi efficace que chez le sujet plus jeune. Certes, les sujets âgés sont à haut risque de complications hémorragiques, mais la balance est globalement nettement en faveur du traitement anticoagulant. De nouveaux anticoagulants oraux qui pallient certains inconvénients des AVK offrent désormais de nouvelles perspectives et permettront peut-être de combler le fossé entre les patients en fibrillation atriale qui devraient recevoir un traitement anticoagulant oral et ceux qui le reçoivent de façon appropriée.

Conclusion

Comme les sujets plus jeunes, les sujets âgés tirent un réel bénéfice d'une prise en charge en unité neurovasculaire, ainsi que des principaux traitements aigus et préventifs des AVC. Ces patients doivent donc bénéficier d'un accès rapide à des soins de qualité. Les sujets âgés doivent aussi être inclus dans les essais thérapeutiques sous peine de ne pouvoir bénéficier des avancées thérapeutiques. •